



ТУБЕРКУЛЕЗ КИШЕЧНИКА С ПЕРФОРАЦИЕЙ КАК МАНИФЕСТАЦИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

О. В. ВЕЛИКАЯ, Н. А. СТОГОВА, О. С. МАРТЫШОВА

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж, РФ

Приведен клинический случай посмертной диагностики генерализованного туберкулеза в фазе прогрессирования с поражением легких (мелкоочаговый диссеминированный туберкулез легких), селезенки, почек, надпочечников, сердца, кишечника (инфильтративно-язвенный туберкулез терминального отдела подвздошной кишки), развившийся на фоне длительного приема глюкокортикостероидов по поводу хронической надпочечниковой недостаточности.

Ключевые слова: генерализованный туберкулез, глюкокортикостероиды, хроническая надпочечниковая недостаточность

Для цитирования: Великая О. В., Стогова Н. А., Мартышова О. С. Туберкулез кишечника с перфорацией как манифестация генерализованного милиарного туберкулеза у пациентки с хронической надпочечниковой недостаточностью // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97, № 2. – С. 56-61. DOI: 10.21292/2075-1230-2019-97-2-56-61

TUBERCULOSIS COLITIS WITH PERFORATION AS A MANIFESTATION OF GENERALIZED MILIARY TUBERCULOSIS IN THE FEMALE PATIENT WITH CHRONIC ADRENAL INSUFFICIENCY

O. V. VELIKAYA, N. A. STOGOVA, O. S. MARTYSHOVA

Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

The article describes a clinical case of post mortem diagnostics of progressing generalized tuberculosis (microfocal disseminated pulmonary tuberculosis) of spleen, kidneys, adrenal glands, heart, and intestine (infiltrate ulcerative tuberculosis of terminal ileum), developed during continuous treatment with glucocorticosteroids due to chronic adrenal insufficiency.

Key words: generalized tuberculosis, glucocorticosteroids, chronic adrenal insufficiency

For citations: Velikaya O.V., Stogova N.A., Martyshova O.S. Tuberculosis colitis with perforation as a manifestation of generalized miliary tuberculosis in the female patient with chronic adrenal insufficiency. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2019, Vol. 97, no. 2, P. 56-61. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2019-97-2-56-61

Милиарный туберкулез – форма, которая характеризуется острым течением с быстрой гематогенной диссеминацией (генерализацией) и поражением нескольких органов и тканей. В течение последних трех десятилетий частоту генерализованного туберкулеза увеличивает эпидемия ВИЧ-инфекции, достигая 17,9% среди больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции [2]. Этому же способствует увеличение числа больных с иммуносупрессией, вызванной использованием биологических препаратов и иммунодепрессантов для лечения различных болезней и состояний при трансплантации органов и длительном гемодиализе [1, 3, 9, 10].

Диагностика милиарного туберкулеза в общей лечебной сети представляется достаточно сложной в связи с многообразием симптомов из-за наличия внелегочных локализаций туберкулезного процесса, которые имитируют неспецифические заболевания сердца, печени, почек, кишечника, мочеполовой системы, кожи, глаз и других органов. Описан случай милиарного туберкулеза с клиническими проявлениями, похожими на системную красную волчанку, включая язвы слизистой полости рта, полисерозит, протеинурию и повышенные титры аутоанти-

тел [10]. Опубликованы случаи нетипичного начала милиарного туберкулеза, когда на первый план выступали симптомы туберкулезного поражения плевры [5], тромбоза селезеночной вены [13], поражения кожи [8, 16], мозговых оболочек [6]. Трудности диагностики и острое течение милиарного туберкулеза приводят к высокой летальности больных [4]. Нередко установление диагноза происходит только на аутопсии [15]. Туберкулез кишечника при милиарном туберкулезе в последние годы в связи с применением противотуберкулезных препаратов встречается редко, а перфорация – крайне редко, но в литературе имеются единичные сообщения о таких наблюдениях [7, 11, 12, 14].

Приводим клиническое наблюдение генерализованного милиарного туберкулеза с поражением тонкого кишечника с перфорацией стенки кишки, при котором симптомы имитировали кишечную непроходимость.

Пациентка Ч. 60 лет (1957 года рождения), инвалид II группы по общему заболеванию, жительница сельского района Воронежской области, поступила в центральную районную больницу по направлению терапевта 18 октября 2017 г. с подозрением на

обострение хронического холецистита и панкреатита. Была рекомендована консультация хирурга. Больная предъявляла жалобы на боли в животе, тошноту, сухость во рту, жидкий стул, потерю массы тела. Из анамнеза заболевания: ухудшение самочувствия отмечалось в течение 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Из анамнеза жизни: туберкулезом ранее не болела, страдает хронической надпочечниковой недостаточностью в течение 29 лет, постоянно принимает преднизолон в дозе 30 мг в 1 сут. При поступлении в стационар состояние больной тяжелое, сознание заторможено, цианоз губ, выраженная одышка при разговоре, число дыханий 24 в 1 мин, температура тела 37,1°C. Пульс 124 удара в 1 мин, артериальное давление (АД) 80/45 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные, приглушены. В легких при аускультации дыхание ослаблено в нижних отделах справа, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот резко болезненный в правом подреберье и правой подвздошной области. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край острый, болезненный при пальпации. Голени пастозны. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 19.10.2017 г. (рис.) выявлено снижение прозрачности легочной ткани за счет диффузного пневмосклероза. В нижнем отделе справа визуализируется инфильтративное затемнение. Корни легких не дифференцируются, прикорневое обогащение легочного рисунка за счет фиброза. Диафрагмальные синусы свободны, купол диафрагмы расположен обычно. Тень сердца расширена в обе стороны в равной степени. Заключение: рентгенологическая картина правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости: снижение газонаполнения петель кишечника. Общий анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, эритроциты – $3,09 \times 10^{12}$ / л, тромбоциты – $185,0 \times 10^3$ / л, лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ / л, сегментоядерные – 90,4%, лимфоциты – 7,4%, моноциты – 2,2%, СОЭ – 3 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-желтая, мутная, белок – 0,20 г/л, эпителий – 6-8, лейкоциты – 8-12, эритроциты – 2-3, гиалиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,1 ммоль/л, билирубин общий – 42,1 мкмоль/л, АСАТ – 29,2 ед/л, АЛАТ – 15,1 ед/л, общий белок – 46,6 г/л, креатинин – 61 мкмоль/л, мочевины – 7,7 ммоль/л, триглицериды – 1,21 ммоль/л, холестерин – 1,8 ммоль/л. На электрокардиограмме определялись синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца и диффузные изменения миокарда левого желудочка.

В связи с выявленными изменениями на рентгенограмме органов грудной клетки больная осмотрена пульмонологом, установлен диагноз: внебольничная правосторонняя полисегментарная пневмония средней тяжести, дыхательная недостаточность II степени. Рекомендовано стационар-

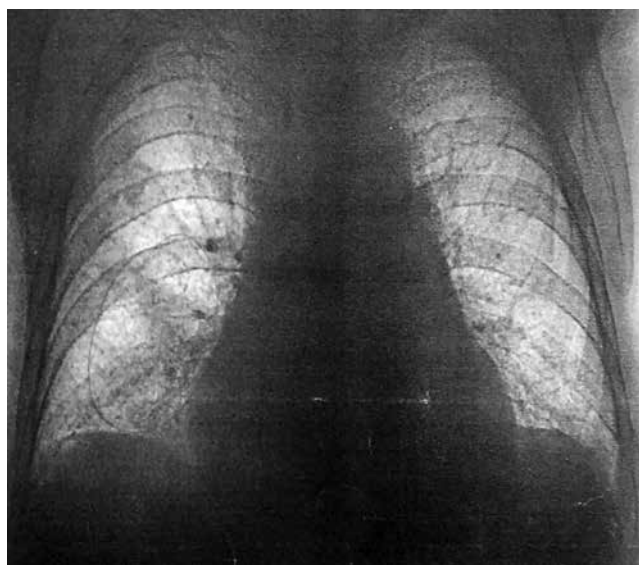


Рис. Обзорная рентгенограмма пациентки Ч. в прямой передней проекции (описание в тексте)

Fig. Plain X-ray of Patient Ch., frontal anterior view (described in the text)

ное лечение в терапевтическом отделении, назначено: цефтриаксон 2,0 г внутривенно 1 раз в 1 сут, аскорбиновая кислота, раствор Рингера – Локка внутривенно. Консультирована эндокринологом 19.10.2017 г., диагноз «хроническая надпочечниковая недостаточность». Рекомендовано внутривенное введение дексаметазона 8 мг в 1 сут. На фоне лечения температура тела нормализовалась через 1 сут, однако общее состояние больной оставалось прежним, болевой синдром в области живота сохранялся. 20.10.2017 г. больную осмотрел хирург, который заподозрил наличие хронической кишечной непроходимости и рекомендовал провести ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и фиброгастроуденоскопию (ФГДС). Заключение УЗИ: признаки острого холецистита, гепатомегалия, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, спленомегалия, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Результаты ФГДС: признаки обострения хронического гастрита, дуоденогастральный рефлюкс.

21.10.2017 г. больная осмотрена заведующим хирургическим отделением. Она предъявляла жалобы на усиление болей в животе, вздутие, задержку газов. Общее состояние оставалось тяжелым, сознание сохранено, кожные покровы бледные, одышка в покое, число дыханий 26 в 1 мин. Пульс 92 удара в 1 мин, АД 110 / 70 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, при пальпации напряженный и резко болезненный в правой половине, положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника не выслушивалась, определялось нечеткое притупление перкуторного звука в отлогах местах. Газы не отходили, стула не было. Заключение хирурга: кишечная непроходимость, перитонит, спаечная

болезнь брюшной полости. Больной показана экстренная операция – лапаротомия, ревизия брюшной полости.

21.10.2017 г. под эндотрахеальным наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. Выделено около 1 л мутно-желтоватого выпота с хлопьями фибрина. При ревизии обнаружены перфоративное отверстие и линейный некроз стенки кишки размером $1,5 \times 0,3$ см. Петли кишечника были незначительно раздуты, слегка гиперемированы. Проведена резекция участка подвздошной кишки с перфорацией в пределах здоровых тканей. Наложен анастомоз конец в конец. Установлен дренаж.

После операции до 23.10.2017 г. больная находилась в палате интенсивной терапии на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). В послеоперационном периоде отмечалось снижение уровня гемоглобина крови до 87 г/л, в связи с чем переливали свежезамороженную плазму и эритроцитарную массу. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки от 23.10.2017 г.: диффузное обогащение и деформация легочного рисунка. Корни легких отчетливо не дифференцируются, расширены. Прикорневое обогащение рисунка с интерстициальной инфильтрацией. Диафрагмальные синусы свободные. Тень сердца резко расширена в обе стороны. Аорта уплотнена. Заключение: рентгенологическая картина может соответствовать застойным явлениям на фоне сердечной патологии, не исключена двусторонняя пневмония. 24.10.2017 г. больная была переведена в общую палату. Состояние ее сохранялось тяжелым, но температура тела оставалась нормальной. Предъявляла жалобы на боли в животе, тошноту и сухость во рту. Пульс 90 ударов в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, при пальпации напряженный, болезненный. Перистальтика кишечника ослабленная, газы отходят, стул самостоятельный. По дренажу выделилось 500 мл асцитической жидкости. С 26.10.2017 г. отмечалось постепенное нарастание одышки. 28.10.2017 г. в 10 ч утра состояние больного резко ухудшилось. Беспокоили выраженная одышка и резкая общая слабость. При осмотре определялся акроцианоз. Частота дыханий 26 в 1 мин. Пульс 86 ударов в 1 мин слабого наполнения, АД 80/40 мм рт. ст. В легких справа ниже угла лопатки было выявлено притупление перкуторного звука, при аускультации там же дыхание не прослушивалось. Живот был незначительно вздут, при пальпации мягкий. По дренажу выделилось около 500 мл асцитической жидкости. Диагностирован выпот в правой плевральной полости. Произведена плевральная пункция, удалено 400,0 мл серозно-геморрагического экссудата, установлен дренаж по Бюлау. Пульсоксиметрия – 78%. В связи с тяжестью состояния больная переведена в отделение интен-

сивной терапии. Дыхание с помощью ИВЛ, медикаментозный сон. Гемодинамика поддерживалась вазопрессорными аминами. Несмотря на проводимое лечение при явлениях нарастающей декомпенсации сердечной деятельности, 28.10.2017 г. у пациентки наступила остановка сердца, констатирована смерть.

30.10.2017 г. получены результаты гистологического исследования операционного материала. Представлен отрезок тонкой кишки. В стенке кишки отмечается воспалительная, преимущественно лимфоцитарная инфильтрация со значительной примесью нейтрофильных лейкоцитов. Местами со стороны слизистой определяются участки изъязвления, покрытые некротическими массами. На дне и краях изъязвления определяются очаги некроза, загруженные клеточным детритом. Местами зоны некроза распространяются на всю толщину стенки. На этом фоне в различных слоях стенки кишки определяются эпителиоидно-клеточные гранулемы с многоядерными клетками типа Пирогова – Лангханса. При окраске по Цилю – Нильсену обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ). Заключение: морфологическая картина язвенного туберкулеза тонкой кишки.

Результаты аутопсии. Органы дыхания: слизистая оболочка трахеи и бронхов серо-желтого цвета, отечная с точечными кровоизлияниями. На плевре наложения фибрина, точечные кровоизлияния. Легкие плотной консистенции, безвоздушные, на разрезе – ткань желто-красного цвета с мелкими белесоватыми участками по всем полям. Прикорневые, паратрахеальные лимфатические узлы черные дряблые, с мелкими белесоватыми участками по всем полям. Органы кровообращения: сердце массой 280,0 г, массивные наложения фибрина толщиной до 1 см, «волосатое сердце». В полости перикарда – около 1 л мутной зеленоватой жидкости. Сердечная мышца дряблая, серо-красного цвета. Эндокард шероховатый, серо-желтого цвета. Миокард дряблый, серо-красного цвета с мелкими белесоватыми участками. Створки клапанов сердца тонкие, подвижные, прозрачные. В почках – кровоизлияния. Надпочечники дисковидной формы, корковый слой желтый, мозговой коричневый. Печень – масса 1 кг, гладкая, блестящая с наложениями фибрина, на разрезе желто-красного цвета, однородной консистенции. Слизистая кишечника гладкая, на серозной оболочке наложения фибрина. По остальным органам – без видимой патологии.

Микроскопическое описание: в легких определяются диффузное венозное полнокровие, участки альвеолярной эмфиземы. На этом фоне видны многочисленные субмилиарные бугорки, построенные из эпителиоидных клеток и гигантских многоядерных клеток Пирогова – Лангханса. В центре многих бугорков имеются очаги казеозного некроза. Сердце – в миокарде выражен интерстициальный отек и липофусциноз кардиомиоцитов. Субэпикардальная клетчатка инфильтрирована лимфоцитами

с примесью плазмочитов и нейтрофилов, пропитана фибрином. На этом фоне определяются разнотипные очаги казеозного некроза, практически без эпителиоидно-клеточной реакции, но с единичными гигантскими клетками Пирогова – Лангханса по периферии. При окраске по Цилю – Нильсену в них обнаружены многочисленные КУМ. В ткани печени многочисленные центрилобулярные и мостовидные некрозы гепатоцитов. Сохранившиеся гепатоциты находятся в состоянии крупновакуольной жировой дистрофии. Портальные тракты местами расширены, фиброзированы с нерезко выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. На этом фоне в ткани печени определяются множественные субмилиарные бугорки, состоящие из лимфоцитов, эпителиоидных клеток и единичных гигантских многоядерных клеток Пирогова – Лангханса. В некоторых из них имеются центральные очаги некроза. При окраске по Цилю – Нильсену в них обнаружены единичные КУМ. Почки – слабовыраженное полнокровие, выраженная белковая дистрофия извитых канальцев вплоть до некробиоза и некроза. На этом фоне в почках многочисленные субмилиарные бугорки, представленные мелкими очагами некроза, местами с примесью распадающихся лейкоцитов, окруженных эпителиоидно-клеточным валом с примесью лимфоцитов и единичными многоядерными клетками Пирогова – Лангханса. При окраске по Цилю – Нильсену в них обнаружены многочисленные КУМ. Селезенка – в состоянии тотального трупного изменения. Поджелудочная железа обычного строения, со слабовыраженным фиброзом и липоматозом. Брюшина диффузно инфильтрирована лимфоцитами. На поверхности брюшины фибринозные наложения, инфильтрированные лимфоцитами с примесью нейтрофилов, на этом фоне определяются участки разрастания грануляционной ткани и субмилиарные бугорки, состоящие из очагов некроза, нагруженных распадающимися нейтрофилами с примесью гигантских многоядерных клеток Пирогова – Лангханса. При окраске по Цилю – Нильсену в них обнаружены многочисленные КУМ. В ткани надпочечников на фоне проявлений аутолиза определяются крупные сливающиеся очаги казеозного некроза, частично нагруженные ядерным детритом, окруженные лимфоцитарным валом. При окраске по Цилю – Нильсену в них обнаружены многочисленные КУМ. Кишечник – слизистая оболочка с десквамацией эпителия ворсинок, в подслизистом слое полнокровие сосудов. На серозной оболочке местами видны наложения фибрина с обилием нейтрофильных гранулоцитов. Заключение: морфологическая картина генерализованного милиар-

ного туберкулеза с образованием преимущественно субмилиарных бугорков в легких, печени, почках, надпочечниках, брюшине, эпикарде. Фибринозный перикардит, фибринозно-гнойный перитонит, хронический гепатит и стеатоз печени, множественные некрозы печени, очаговая пневмония.

Патолого-анатомический диагноз: генерализованный туберкулез в фазе прогрессирования с поражением легких (мелкоочаговый диссеминированный туберкулез легких), селезенки, почек, надпочечников, сердца, кишечника (инфильтративно-язвенный туберкулез терминального отдела подвздошной кишки). Осложнения: кахексия. Алиментарная анемия. Серозно-фибринозный перикардит. Тампонада перикарда. Перфорация туберкулезной язвы подвздошной кишки, разлитой серозно-фибринозный перитонит. Операция лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, наложение тонкокишечного анастомоза, дренирование брюшной полости. Двусторонний гемоторакс. Операция наложения дренажа по Бюлау справа. Выраженная дистрофия внутренних органов. Отек легких. Сопутствующие заболевания: атеросклероз аорты, коронарных артерий.

Заключение

Данный клинический пример демонстрирует случай посмертной диагностики генерализованного милиарного туберкулеза у пациентки, длительное время принимавшей кортикостероидные препараты по поводу хронической надпочечниковой недостаточности. При обзорной рентгенографии органов грудной клетки не выявлена милиарная диссеминация в легких в связи с наличием очень мелких «субмилиарных» очагов, обнаруженных при патолого-анатомическом исследовании. На фоне эндокринных нарушений и снижения реактивности организма туберкулез протекал без лихорадки, хотя имел остро прогрессирующий характер с наличием множественных осложнений, приведших к летальному исходу. При наличии настороженности врачей различного профиля в отношении туберкулеза, особенно у иммунокомпроментированных пациентов, ускорить диагностический процесс могли применение компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости для выявления милиарных очагов, проведение исследования асцитической и плевральной жидкости, резекционного материала, крови и мочи на наличие ДНК микобактерий туберкулеза и КУМ молекулярно-генетическими и бактериологическими методами, гистологическая экспресс-диагностика операционного материала.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

- Гордеева О. М., Карпина Н. Л., Ларионова Е. Е., Андриевская И. Ю., Киселева Е. А., Ловачева О. В. Аспекты верификации туберкулеза органов дыхания у больных хронической болезнью почек в терминальной стадии // Туб. и болезни легких. – 2018. – Т. 96, № 5. – С. 14-21.
- Кузьмина Н. В. Характеристика пациентов специализированного отделения для лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией // Туб. и болезни легких. – 2018. – № 8. – С. 37-41.
- Филинчук О. В., Елисеева Л. В., Денисова О. А., Степанова Е. П., Голубчиков П. Н. Генерализованный туберкулез при системной красной волчанке на фоне пульс-терапии метилпреднизолоном: трудности диагностики и лечения // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – № 2. – С. 187-194.
- Aljohaney A. A. Mortality of patients hospitalized for active tuberculosis in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia // Saudi. Med. J. – 2018. – Vol. 39, № 3. – P. 267-272.
- Barman B., Tiewsoh I., Lynrah K. G., Wankhar B., Beyong T., Issar N. K. Miliary tuberculosis with pulmonary and extrapulmonary component complicated with acute respiratory distress syndrome // J. Family Med. Prim. Care. – 2017. – Vol. 6, № 3. – P. 688-690.
- Hilal T., Hurley P., McCormick M. Disseminated tuberculosis with tuberculous meningitis in an immunocompetent host // Oxf. Med. Case Reports. – 2014. – № 7. – P. 125-128.
- Kapan M., Karabacak I., Aydogan F., Kusaslan R., Kısacik B. Intestinal perforation due to miliary tuberculosis in a patient with Behcet's disease // Mt. Sinai J. Med. – 2006. – Vol. 73, № 5. – P. 825-827.
- Koda K., Enomoto Y., Omae M., Akahori D., Abe T., Hasegawa H., Matsui T., Yokomura K., Suda T. A case of miliary tuberculosis originated from cutaneous infection // Kekkaku. – 2016. – Vol. 91, № 2. – P. 59-63.
- Koschny R., Junghanss T., Mischnik A., Karner M., Kreuter M., Roth W., Stremmel W., Merle U. Development of miliary tuberculosis under infliximab in a patient with spondyloarthritis and suspected Crohn's disease // Z. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 51, № 10. – P. 1177-1183.
- Li J. C., Fong W., Wijaya L., Leung Y. Y. Disseminated tuberculosis masquerading as a presentation of systemic lupus erythematosus // Int. J. Rheum. Dis. – 2018. – Vol. 21, № 1. – P. 352-355.
- Mert A., Bilir M., Ozaras R., Tabak F., Goksel S., Senturk H. A rare complication of miliary tuberculosis: intestinal perforation // Acta Chir. Belg. – 2001. – Vol. 101, № 1. – P. 42-45.
- Rondelli F., Finocchi L., Covarelli P., Boselli C., Cristofani R., Noya G. Multiple intestinal perforations due to tuberculosis: a case report and review of the literature // Chir. Ital. – 2009. – Vol. 61, № 3. – P. 397-399.
- Roy S., Bhatt S., Rawal R., Tandon A., Meena N. Splenic vein thrombosis as a rare complication of disseminated tuberculosis – imaging diagnosis and case report // Pol. J. Radiol. – 2017. – № 82. – P. 106-109.
- Saitou M., Suzuki T., Niitsuma K. Pulmonary and intestinal tuberculosis developing acute tuberculous perforation of the intestine during antituberculosis therapy // Kekkaku. – 2015. – Vol. 90, № 9. – P. 631-634.
- Savic I., Trifunovic-Skodric V., Mitrovic D. Clinically unrecognized miliary tuberculosis: an autopsy study // Ann. Saudi Med. – 2016. – Vol. 36, № 1. – P. 42-50.
- Shimada H., Nakamura Y., Saito-Shono T., Ishikawa K., Nishida H., Yokoyama S., Hiramatsu K., Nakanaga K., Ishii N., Takikawa S., Sakai T., Takeo N., Fujiwara S., Hatano Y. A case of cutaneous tuberculosis: a clue to diagnosing miliary tuberculosis // Eur. J. Dermatol. – 2016. – Vol. 26, № 5. – P. 510-511.
- Gordeeva O.M., Karpina N.L., Larionova E.E., Andrievskaya I.Yu., Kiseleva E.A., Lovacheva O.V. Aspects of pulmonary tuberculosis verification in those at the terminal stage of chronic kidney disease. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, vol. 96, no. 5, pp. 14-21. (In Russ.)
- Kuzmina N.V. Characteristics of patients staying in a specialized unit for tuberculosis patients with concurrent HIV infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, no. 8, pp. 37-41. (In Russ.)
- Filinyuk O.V., Eliseeva L.V., Denisova O.A., Stepanova E.P., Golubchikov P.N. Generalized tuberculosis in those with systemic lupus erythematosus taking methylprednisolone impulse therapy: difficulties in diagnostics and treatment. *Bulleten Sibirskoy Meditsiny*, 2017, no. 2, pp. 187-194. (In Russ.)
- Aljohaney A.A. Mortality of patients hospitalized for active tuberculosis in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *Saudi. Med. J.*, 2018, vol. 39, no. 3, pp. 267-272.
- Barman B., Tiewsoh I., Lynrah K.G., Wankhar B., Beyong T., Issar N.K. Miliary tuberculosis with pulmonary and extrapulmonary component complicated with acute respiratory distress syndrome. *J. Family Med. Prim. Care*, 2017, vol. 6, no. 3, pp. 688-690.
- Hilal T., Hurley P., McCormick M. Disseminated tuberculosis with tuberculous meningitis in an immunocompetent host. *Oxf. Med. Case Report*, 2014, no. 7, pp. 125-128.
- Kapan M., Karabacak I., Aydogan F., Kusaslan R., Kısacik B. Intestinal perforation due to miliary tuberculosis in a patient with Behcet's disease. *Mt. Sinai J. Med.*, 2006, vol. 73, no. 5, pp. 825-827.
- Koda K., Enomoto Y., Omae M., Akahori D., Abe T., Hasegawa H., Matsui T., Yokomura K., Suda T. A case of miliary tuberculosis originated from cutaneous infection. *Kekkaku*, 2016, vol. 91, no. 2, pp. 59-63.
- Koschny R., Junghanss T., Mischnik A., Karner M., Kreuter M., Roth W., Stremmel W., Merle U. Development of miliary tuberculosis under infliximab in a patient with spondyloarthritis and suspected Crohn's disease. *Z. Gastroenterol.*, 2013, vol. 51, no. 10, pp. 1177-1183.
- Li J.C., Fong W., Wijaya L., Leung Y.Y. Disseminated tuberculosis masquerading as a presentation of systemic lupus erythematosus. *Int. J. Rheum. Dis.*, 2018, vol. 21, no. 1, pp. 352-355.
- Mert A., Bilir M., Ozaras R., Tabak F., Goksel S., Senturk H. A rare complication of miliary tuberculosis: intestinal perforation. *Acta Chir. Belg.*, 2001, vol. 101, no. 1, pp. 42-45.
- Rondelli F., Finocchi L., Covarelli P., Boselli C., Cristofani R., Noya G. Multiple intestinal perforations due to tuberculosis: a case report and review of the literature. *Chir. Ital.*, 2009, vol. 61, no. 3, pp. 397-399.
- Roy S., Bhatt S., Rawal R., Tandon A., Meena N. Splenic vein thrombosis as a rare complication of disseminated tuberculosis – imaging diagnosis and case report. *Pol. J. Radiol.*, 2017, no. 82, pp. 106-109.
- Saitou M., Suzuki T., Niitsuma K. Pulmonary and intestinal tuberculosis developing acute tuberculous perforation of the intestine during antituberculosis therapy. *Kekkaku*, 2015, vol. 90, no. 9, pp. 631-634.
- Savic I., Trifunovic-Skodric V., Mitrovic D. Clinically unrecognized miliary tuberculosis: an autopsy study. *Ann. Saudi Med.*, 2016, vol. 36, no. 1, pp. 42-50.
- Shimada H., Nakamura Y., Saito-Shono T., Ishikawa K., Nishida H., Yokoyama S., Hiramatsu K., Nakanaga K., Ishii N., Takikawa S., Sakai T., Takeo N., Fujiwara S., Hatano Y. A case of cutaneous tuberculosis: a clue to diagnosing miliary tuberculosis. *Eur. J. Dermatol.*, 2016, vol. 26, no. 5, pp. 510-511.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ,
394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

Великая Ольга Викторовна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой.
E-mail: vgma-velikaya@yandex.ru

Стогова Наталья Аполлоновна

доктор медицинских наук, профессор.
E-mail: Stogova.51@mail.ru

Мартышова Ольга Сергеевна

кандидат медицинских наук, ассистент.
E-mail: martyshovaolga@mail.ru

FOR CORRESPONDENCE:

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko,
10, Studencheskaya St.,
Voronezh, 394036

Olga V. Velikaya

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department.
Email: vgma-velikaya@yandex.ru

Natalya A. Stogova

Doctor of Medical Sciences, Professor.
Email: Stogova.51@mail.ru

Olga S. Martyshova

Candidate of Medical Sciences, Assistant.
Email: martyshovaolga@mail.ru

Поступила 21.08.2018

Submitted as of 21.08.2018